



**SANTA MONICA MALIBU UNIFIED SCHOOL DISTRICT—Child Development Services**

**2828 Fourth Street, Santa Monica, CA 90405 (310) 399-5865 Fax: (310) 314-0859**

**Solicitud Para El Cuidado de Niños - Edad Escolar (SAP)**

**WWW.SMMUSD.ORG**

**¿Esta usted solicitando asistencia financiera? NO \_\_\_\_\_ SÍ \_\_\_\_\_**

**Si marcó NO favor de llenar esta pagina de la forma solamente. ♦ Si marco SI por favor de llenar las dos páginas de la forma.**

**NIÑOS QUE NECESITAN EL PROGRAMA DE EDAD ESCOLAR:**

1. Nombre del niño(a): _____	Fecha de Nacimiento / /	Genéro: F / M	Grado _____
2. Nombre del niño(a): _____	Fecha de Nacimiento / /	Genéro: F / M	Grado _____
3. Nombre del niño(a): _____	Fecha de Nacimiento / /	Genéro: F / M	Grado _____

<b>Nombre de la Madre/Guardián:</b> ▶	<b>Nombre del Padre/Guardián:</b> ▶
<b>Fecha de Nacimiento:</b> / /	<b>Fecha de Nacimiento:</b> / /
<b>Dirección de Casa:</b>  Ciudad: Estado: Código Postal:	<b>Dirección de Casa:</b>  Ciudad: Estado: Código Postal:
<b>Correo electrónico:</b>	<b>Correo electrónico:</b>
<b>Teléfono de Casa:</b> ( ) -	<b>Teléfono de Casa:</b> ( ) -
<b>Teléfono de Celular:</b> ( ) -	<b>Teléfono de Celular:</b> ( ) -
<b>Empleo/Escuela de la Madre/Guardián:</b> <b>Dirección del trabajo ó escuela:</b>	<b>Empleo/Escuela del Padre/Guardián:</b> <b>Dirección del trabajo ó escuela:</b>
<b>Teléfono del empleo:</b> ( ) -	<b>Teléfono del empleo:</b> ( ) -
<b>Por favor marque todo lo que corresponda:</b> Idioma del niño(a): Inglés _____ Español _____ Otro _____	<b>Por favor marque todo lo que corresponda:</b> Idioma de los padres: Inglés _____ Español _____ Otro _____
<b>Raza del niño(a)</b> <input type="checkbox"/> Americano Nativo o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano u otro Isleño del Pacifico	<b>Etnicidad del niño(a):</b> <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> NO Hispano o Latino

▶ **Tiene su niño(a) un IFSP ó IEP (para educación especial)?** Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (Si marco SI, incluya una copia del IFSP o IEP)

▶ **Èsta aplicando para un permiso escolar de SMMUSD?** Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Tipo de permiso: INTRA o INTER  
Si èsta aplicando para un permiso escolar INTRA cual es la escuela que le pertenece de acuerdo con su direccion: \_\_\_\_\_

<u>Por favor marque la escuela que su niño(a) va asistir:</u> <input type="checkbox"/> Edison <input type="checkbox"/> Franklin <input type="checkbox"/> Grant <input type="checkbox"/> John Muir <input type="checkbox"/> McKinley <input type="checkbox"/> Roosevelt <input type="checkbox"/> SMASH <input type="checkbox"/> Will Rogers <input type="checkbox"/> No he decidido	<b><u>CENTRO DE JOVENES:</u></b> <input type="checkbox"/> Lincoln Middle School	<b><u>¿QUE PROGRAMA ESTA SOLICITANDO?</u></b> <input type="checkbox"/> <b>Tiempo Completo (antes y despues de la escuela)</b> <i>(De 7:00 a.m. hasta que comiensen las classes y despues de escuela hasta las 6:00 p.m.)</i> <input type="checkbox"/> <b>Mañanas solamente</b> <i>(7:00 a.m. hasta que comiense la escuela)</i> <input type="checkbox"/> <b>Tiempo Espresso (TK y Kinder Solamente)</b> <i>(Hasta el ultimo sonido de campana)</i>  ⇒ <i>Por favor de indicar cual año esta solicitado:</i> <input type="checkbox"/> 2019-20 <input type="checkbox"/> 2020-21 <input type="checkbox"/> 2021-22
---	--	---

**▶ LA SIGUIENTE SECCIÓN DEBE COMPLETARSE SOLO POR FAMILIAS QUE ESTÁN SOLICITANDO ASISTENCIA FINANCIERA**

**Número de niños viviendo en el hogar:** \_\_\_\_\_

**¿Es usted una familia de un solo padre/madre?** SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**Ingreso bruto mensual de la madre (antes de deducciones):** \_\_\_\_\_

**Ingreso bruto mensual del padre (antes de deducciones):** \_\_\_\_\_

**¿Está usted ó algún miembro de su familia recibiendo los siguiente?**

- Manutención \$ \_\_\_\_\_  
  Desempleo \$ \_\_\_\_\_  
  TANF/CalWORKs \$ \_\_\_\_\_  
  Estampillas de Comida \$ \_\_\_\_\_  
 Medi-CAL  
  Healthy Families  
  SSI  
  WIC

**¿Está su familia sin hogar/sin techo?** SI \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**¿Está su niño(a) bajo el cuidado del Servicio y Protección al Menor?** SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**¿Tiene usted otros niños matriculados en cualquier otro programa subsidiario del Estado?**

NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ → Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

**Por favor anote todos los niños(as) en el hogar:**

Nombre del niño(a):	Fecha de Nacimiento / /	Genéro: F /M	Escuela/Grado:
Nombre del niño(a):	Fecha de Nacimiento / /	Genéro: F /M	Escuela/Grado:
Nombre del niño(a):	Fecha de Nacimiento / /	Genéro: F /M	Escuela/Grado:

Comentarios:

---



---

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre/Guardián**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

*OFFICE USE ONLY:*

DATE RECEIVED: \_\_\_\_\_ ELIGIBILITY # \_\_\_\_\_